

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N°

20

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Février 1897, à 1 heure

PAR

Louis ROUËR

Né à Artonne (Puy-de-Dôme), le 12 août 1870

DU ZONA PRÉMONITOIRE

DE LA

TUBERCULOSE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

CHARRIN et MARFAN, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1897

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 25 Février 1897, à 1 heure

PAR

Louis ROUËR

Né à Artonne (Puy-de-Dôme), le 12 août 1870

DU ZONA PRÉMONITOIRE

DE LA

TUBERCULOSE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. JOFFROY, professeur.

CHARRIN et MARFAN, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1897

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée	N.
	N.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des mala-	FOURNIER.
dies de l'encéphale	RAYMOND.
Clinique des maladies syphilitiques	BERGER.
Clinique des maladies nerveuses	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TILLAUX.
	PANAS.
Clinique ophthalmologique	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	TARNIER.
Clinique d'accouchement	PINARD.
Professeur honoraire. ..	M. PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	WALTER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WEISS.
DELBET.	NETTER.	WIDAL.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WURTZ.
GILBERT.	trav. anatomiques.	
GILLES DE LA TOURETTE.	REITTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES, DANS LES HÔPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de Clinique médicale de la Faculté de médecine
de Paris

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Il suffit d'assister pendant quelques jours aux consultations de nos hôpitaux pour se convaincre de la marche sans cesse progressive de la tuberculose. Aussi tous les cliniciens se sont-ils émus et les travaux de ces dernières années ont étendu bien loin déjà le champ de nos connaissances sur cette redoutable maladie.

Mais c'est un terrain ardu dont le défrichement exige un labeur incessant et auquel il est du devoir de chacun de contribuer dans la mesure de ses forces. En présence d'un semblable ennemi, aucun moyen, aucun indice, quelque minime qu'il soit, ne doit être négligé, et nombreux sont les symptômes, en apparence insignifiants, qui ont été signalés pour dépister cette affection à son début.

Ayant eu l'occasion d'observer à la consultation de Monsieur le Docteur Paul Raymond, à l'Hôtel-Dieu, plusieurs cas de zona suivis de phymatose, nous avons pensé qu'il pouvait être utile d'attirer l'atten-

tion sur cette manifestation, qui semble parfois être un symptôme prémonitoire de la tuberculose.

En clinique, en effet, rien n'est dû au hasard et nous ne pouvons mieux exprimer notre pensée à ce sujet qu'en citant la phrase si explicite de Leudet : « Je ne crois pas que le hasard préside au groupement des lésions et des phénomènes morbides, et j'ai toujours craint que ce mot de coïncidence, de hasard ne fût un terme commode pour voiler notre ignorance. » On considère trop souvent et à tort le zona comme une dermatose sans importance. Nous croyons au contraire qu'il mérite une plus grande attention de la part du clinicien et qu'il peut, dans certains cas, avoir une valeur pronostique des plus sérieuses.

Mais avant d'aborder l'étude de notre sujet, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les maîtres qui nous ont dirigé dans nos études.

Que Monsieur le Docteur Bousquet daigne accepter le témoignage de notre vive gratitude pour les solides notions de chirurgie qu'il nous a enseignées et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

Nous remercions également Messieurs les Docteurs Fouriaux, Pojolat, Maurin et Planchard et tous nos maîtres de l'école de Clermont-Ferrand dont nous conservons le meilleur souvenir.

Monsieur le Docteur Paul Raymond, qui a bien

voulu nous diriger dans ce travail, nous permettra de lui exprimer nos sentiments de vive reconnaissance pour ses conseils éclairés et pour son précieux enseignement.

Nous ne saurions oublier Messieurs les Docteurs Alb. Robin et Marie et tous nos maîtres des hôpitaux de Paris.

Que Monsieur le professeur Dieulafoy veuille bien accepter tous nos remerciements pour l'honneur qu'il a daigné nous faire en présidant cette thèse.



Histoire

Le zona, chez les tuberculeux, est connu depuis longtemps. Nombreux sont les travaux parus sur ce sujet. Nous citerons d'abord brièvement les cas d'herpès zoster survenant chez des malades porteurs de lésions bacillaires déjà avancées, nous réservant d'insister sur les faits qui ont trait au zona se manifestant chez des individus en apparence sains qui deviennent plus tard tuberculeux. Nous signalerons en passant le rôle indicateur que joue parfois cette affection à la première période de la tuberculose.

Von Bæresprung est le premier qui, en 1863, cite l'apparition d'un zoster intercostal chez un enfant bacillaire, quarante jours avant sa mort.

Quatre ans après, Mougeot rapporte dans sa thèse l'observation d'une malade de Charcot, porteuse d'une caverne pulmonaire du sommet droit, qui eut un zona du nerf cubital.

En 1873, Bouchut signale une nouvelle observation de zona intercostal chez un phtisique, publiée par Wagner en 1870.

Dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, de 1876, Perroud cite un cas d'herpès zoster du sciatique chez un cavitaire.

Enfin Leudet, dans un mémoire, lu à l'Association Française pour l'avancement des Sciences à la séance du 26 août 1878, attire le premier l'attention sur la relation existant entre ces deux maladies. Il s'inscrit avec dix-sept cas qui se répartissent de la façon suivante :

Dix pour le thorax ;

Un pour la région cervicale et le bras ;

Deux pour l'avant-bras ;

Deux pour le membre inférieur ;

Deux pour la région lombo-abdominale.

Tous ses malades étaient des tuberculeux parvenus à une période avancée de leur affection.

Après lui, nous voyons encore quatre cas de zona, dont trois intercostaux et un cervical, cités par Chandelux, Altemaire et Lesser. L'éruption, dans deux cas, apparut 26 jours et 9 jours avant la mort des malades.

Dubler rapporte, en 1884, dans les *Annales de Wirchow*, un exemple de zona thoracique droit chez un tuberculeux, qui présentait un abcès dû à une périostite caséeuse des côtes.

C'est avec un zoster de la membrane de Descemet que Nys continue l'histoire du zona et de la tuberculose.

Leudet, de nouveau en 1885, signale un cas d'herpès zoster du trijumeau chez un bacillaire.

Mais c'est avec Leroux que le rapport de ces deux maladies est définitivement établi. Après avoir résumé tous les cas de zona chez les tuberculeux, il cite dans sa thèse six observations, dont trois tirées du mémoire de M. Barié et trois personnelles ; ce qui, d'après cet auteur, porte à trente-quatre le nombre des cas signalés jusqu'à cette époque.

Un fait se dégage de cette bibliographie, c'est que tous les malades des auteurs cités étaient des tuberculeux arrivés à la troisième période de leur affection. Leroux, d'ailleurs, dans ses conclusions, constate que le zona est une complication de la tuberculose survenant surtout dans les formes à évolution lente et à la période de ramollissement ou à celle des cavernes.

Nous ne croyons pas cependant que l'herpès zoster se manifeste seulement à cette période et pour nous il peut être une manifestation de l'infection par le bacille de Koch à n'importe quelle période de la tuberculose.

M. Rendu rapporte l'observation d'un malade atteint d'un zona affectant la moitié gauche du thorax et chez lequel on constatait des signes non douteux de tuberculose au début. « Si on percute la poitrine de ce malade, nous dit M. Rendu, on y trouve à gauche, en avant comme en arrière, de la

submatité et on y provoque une douleur intense. L'auscultation y révèle en haut une respiration rude accompagnée de quelques râles secs ; en bas on entend un mélange de râles secs et de râles humides surtout expiratoires, qui ne se modifient guère après la toux, et l'on note un affaiblissement très marqué du murmure vésiculaire.

« Ces phénomènes stéthoscopiques sont enfin limités absolument du côté gauche, ce qui achève de permettre ici le rejet du diagnostic de bronchite aigue a frigore.

« Si ce malade n'a pas eu dans sa famille d'antécédents tuberculeux nous savons du moins qu'il y a trois ans il a été soigné pendant deux mois à Saint-Antoine pour une pleurésie grave qui a été ponctionnée six fois et qui a fourni toujours un liquide séreux.

« Quand je vous aurai rappelé que les deux tiers environ des pleurésies séreuses sont de nature tuberculeuse et quand j'aurai ajouté que ce malade, tout en reprenant ensuite ses occupations, avait gardé depuis lors un essoufflement manifeste causé par des adhérences pleurales, qu'il eut au mois de mars dernier une toux sèche apaisée pendant le mois de juillet, puis réveillée le mois suivant et accompagnée alors d'une aggravation de l'essoufflement et d'un amaigrissement progressif, vous n'hésitez

pas à le considérer dès ce moment comme un sujet en puissance de tuberculose.....

« J'ajoute enfin qu'ici comme dans la plupart des tuberculoses respiratoires s'accompagnant d'une expectoration rare, les crachats présentent des cultures bacillaires concentrées. »

Nous relevons également dans la thèse de Ronzier-Joly de Montpellier un cas de zona survenant chez un malade de vingt-trois ans dans les antécédents duquel on trouve une sœur morte de méningite tuberculeuse. Lui-même a eu une adénite suppurée à cinq ans, la grippe en 1888; il tousse depuis et s'enrhumé facilement.

L'observation II du mémoire de M. Lemonnier de Flers a encore trait à un zona survenant chez une jeune fille à la première période de la tuberculose.

« Il y a deux ans une jeune fille de 19 ans vint à ma consultation. Elle souffrait beaucoup de douleurs névralgiques du côté droit depuis une huitaine de jours, et la veille seulement elle avait remarqué une éruption caractéristique de zona thoracique. De plus elle toussait et à l'auscultation on percevait des craquements à l'inspiration après la toux au sommet droit, et de l'induration au sommet gauche. »

Nous avons recueilli à la consultation de M. le Dr Paul Raymond, à l'Hôtel-Dieu, deux observations semblables que nous résumons :

Observation I. — Le nommé P..., maréchal-ferrant, âgé de 42 ans, vient le 4 octobre 1896 à la consultation de l'Hôtel-Dieu. Il présente un zona intercostal qui avait débuté le 10 du même mois.

L'éruption occupe les 6^e et 7^e espaces intercostaux droits. Elle s'arrête exactement à la ligne médiane. Les vésicules sont surtout confluentes un peu en dessous et en dehors du mamelon, et la palpation est douloureuse.

Bien que le malade n'accusât aucun antécédent héréditaire ni personnel de tuberculose et qu'il parût très vigoureux, on songea à l'ausculter comme nous le faisons pour tous les malades atteints de zona. Cette exploration dévoila de la submatité au sommet droit, en arrière et de l'exagération des vibrations dans la fosse sus-épineuse du même côté. On y entendait également des râles cavernuleux perçus surtout après la toux. Nous l'avons revu le 25 janvier 1897, et sa tuberculose continue à évoluer.

Observation II. — La deuxième observation a trait à un jeune homme, Albert P..., de 18 ans, qui n'avait rien dans ses antécédents héréditaires mais avait eu le 15 avril 1896, une pleurésie sèche de la base droite à la suite de laquelle il se mit à tousser. Le 8 mai de la même année, il eut un zona intercostal gauche.

Le 1^{er} août il se présenta à la consultation. Il avait maigri beaucoup et toussait constamment. A la Percussion

on constatait de la submatité à droite et en arrière dans la fosse sus-épineuse du même côté l'auscultation dévoila des craquements très nets.

Nous l'avons revu le 26 décembre 1896. L'état général est très mauvais. Le malade tousse toujours, maigrit, présente du myœdème et l'on entend des craquements aux deux sommets en avant et en arrière.

Ces observations servent de trait d'union entre celles de Leudet de Leroux et des autres auteurs précédemment cités et celles qui ont trait spécialement à notre sujet c'est-à-dire au zona prémonitoire de la tuberculose. Nous allons les passer en revue brièvement, nous réservant de les rapporter à la fin de ce travail.

C'est M. le Professeur Potain qui le premier dans une clinique faite à l'hôpital Necker en 1879, attire l'attention sur l'Herpès Zoster survenant comme manifestation initiale de l'infection bacillaire. Il dit que : « lorsque le zona se produit chez certains sujets il doit éveiller certaines préoccupations. Cette éruption paraît en effet quelquefois comme le prélude de la phtisie pulmonaire. Aussi doit-on toujours examiner avec soin les malades qui en sont atteints, tant au point de vue de leurs antécédents qu'au point de vue de l'état actuel de leurs poumons. »

Plus tard, il rapporte une observation d'une femme qui venait d'avoir une pneumonie, et qui eut un zona 40 jours après ; il constata chez elle une

tuberculose tout à fait au début, et il rend cette maladie responsable de l'herpès zoster.

Après lui en 1890 M. Lemonnier de Flers présente à la société de Dermatologie six observations de zona chez des individus n'ayant au moment de l'apparition du zoster aucun symptôme de tuberculose, et chez lesquels on constata des signes certains de phymatose de trois semaines à quatre ans après. « Des six malades que j'ai eu l'occasion d'examiner, nous dit M. Lemonnier, une seule présentait quelques signes de tuberculose, et les cinq autres n'accusaient aucun antécédent indirect de tuberculose, n'avaient pas éprouvé d'accident de scrofule, ne signalaient pas de symptômes rationnels de phtisie et rien ne pouvait faire soupçonner chez eux le développement de lésions tuberculeuses dans un avenir assez rapproché. »

M. Arnaud, de Marseille, publie également dans le *Marseille-Médical* de 1893 un cas de zona intercostal survenant chez une femme en apparence saine et chez laquelle l'auscultation révéla trois semaines après une tuberculose indéniable. Partageant l'opinion de Leudet en la matière, il ne veut pas voir une simple coïncidence entre ces deux maladies, mais pense qu'il y a entre elles un rapport de cause à effet.

M. le Dr Paul Raymond ayant eu l'occasion d'observer un fait de ce zona recherche depuis systé-

matiquement la tuberculose chez les individus atteints d'herpès zoster et l'on verra que ces faits sont peut-être moins rares qu'ils ne le semblent tout d'abord. Il a bien voulu nous communiquer une observation personnelle que nous citerons à la fin de ce travail avec celles de MM. Lemonnier et Arnaud et trois autres que nous avons recueillies à la consultation de l'Hôtel-Dieu.

Notre excellent ami M. le Dr Houdart, de Brest, à qui nous avons parlé de notre intention de nous occuper de ce sujet, nous a transmis deux cas observés dans sa pratique et que nous joindrons aux observations précédentes.

C'est dans les mêmes conditions que M. le Dr E. Salvy, de Fontanges (Cantal), a bien voulu nous en communiquer deux semblables.

Enfin, nous avons trouvé dans la thèse de M. Ronzier-Joly l'observation suivante qui nous paraît devoir être rattachée à ce travail, et que nous résumons.

Observation VIII *de la Thèse de M. Ronzier-Joly.*

— Marguerite B..., 35 ans, présente les antécédents héréditaires et personnels suivants : son père est mort tuberculeux, et elle a une sœur âgée de 30 ans, qui est bacillaire. Quant à elle, elle s'enrhume facilement l'hiver.

Elle fut prise le 10 septembre 1894 de diarrhée, de vomissements et de douleurs dans tout le côté gauche. Elle

avait une température variant de 38° à 39°. Peu après apparut à la hauteur du 3^e espace intercostal droit une éruption de zona qui s'accompagna de douleurs aiguës et de tuméfaction des ganglions de l'aisselle.

A l'auscultation, on constate une expiration prolongée du sommet droit et la percussion dénote une submatité légère de la fosse sus-épineuse.

Malheureusement la malade n'a pas été suivie après la guérison de son zona; mais nous sommes en droit de penser en présence des signes que nous venons de signaler que cette malade était en puissance d'une tuberculose latente en voie d'évoluer.

Nous nous trouvons donc en présence de quinze observations de zona prémonitoire sans parler de celle de M. Potain qu'il n'a pu retrouver. C'est un nombre bien restreint, il est vrai, mais qui ira en augmentant, l'attention étant attirée sur ces cas, et qui prouve, comme le dit M. Rendu, qu'il n'y a pas un simple rapport de coïncidence entre le zona et la tuberculose.

Il est démontré, en effet, aujourd'hui que l'affection bacillaire à sa période ultime peut donner lieu à cette manifestation. Pourquoi ne pourrait-elle pas la produire dès que les bacilles de Koch ont pénétré dans l'organisme? C'est ce que nous allons essayer de démontrer après avoir étudié la symptomatologie de cette affection.

En résumé, nous nous trouvons en présence de trois variétés de zona chez les tuberculeux :

1° Le zona à la période ultime qui fait le sujet de la thèse de Leroux.

2° Le zona indicateur de la tuberculose, qui se manifeste de la façon suivante : un malade porteur d'herpès zoster vient consulter pour cette affection et n'appelle nullement l'attention du clinicien sur l'état de ses poumons. On l'ausculte de parti pris et l'on trouve la tuberculose commençante. C'est une constatation dont on comprend facilement toute l'importance.

Le 3° cas enfin a trait au zona prémonitoire ou précurseur de la tuberculose : Un individu se présente avec une éruption d'herpès zoster ; on l'ausculte ; on ne trouve rien de net ; mais on a l'attention éveillée sur la tuberculose qui va évoluer et que l'on constate définitivement quelque temps après. C'est le sujet de notre thèse, mais chemin faisant nous avons tenu à signaler l'importance du zona comme symptôme indicateur à la première période de l'infection bacillaire.



Symptomatologie

Fréquence. — Si nous en jugeons d'abord par le petit nombre d'observations publiées jusqu'à ce jour et ensuite par le peu de cas qu'il nous a été donné de rencontrer proportionnellement à la grande quantité de tuberculeux soignés dans les services hospitaliers, nous devons admettre que le zona ne semble pas être un symptôme très fréquent de tuberculose. Mais combien de tuberculeux n'ont pas les petits signes que nous allons passer en revue dans le chapitre suivant, et pourtant n'en arrivent pas moins à présenter tous les symptômes de l'infection bacillaire. Du reste, cette rareté du zona à la période prodromique de la phymatose est plus apparente que réelle, car souvent les malades ont oublié cet accident et ne le signalent pas. Nombre de cliniciens en ont rencontré des exemples sans les citer. Nous n'en voulons pour preuve que les deux observations que notre ami le Dr Houdart a eu l'amabilité de nous communiquer et qui n'auraient jamais été publiées, si nous ne lui avions pas parlé de notre thèse. Il en est de même de celles de M. le Dr Salvy. Enfin, si peu fréquent que soit en apparence ce symptôme de la période prégranulomateuse, il n'en existe pas moins

et mérite par conséquent d'être pris en sérieuse considération.

Age, Sexe. — L'âge du malade ne joue sans doute aucun rôle dans l'apparition du zona. D'après les observations que nous rapportons, il est facile de se convaincre que ce symptôme peut survenir à tout âge. Cependant, il nous semble qu'il serait peut-être juste de faire une exception en faveur de l'enfance, car nous ne possédons que l'observation I de M. Lemonnier, dans laquelle le zona s'est montré chez un enfant de quatre ans. C'est le seul cas que nous connaissions avec celui de Von Bœresprung, qui a trait à un enfant manifestement tuberculeux. D'ailleurs, selon la plupart des auteurs, le zona est rare chez les enfants.

Il ne paraît pas non plus qu'un sexe doive plutôt que l'autre être prédisposé à subir l'éruption d'herpès zoster et cela est probablement l'effet d'un simple hasard si nos observations de zona chez la femme sont en nombre plus considérable.

Forme de la Tuberculose. — Nous ne parlons pas de la période de cette maladie à laquelle apparaît l'herpès zoster, car le titre même de notre thèse indique que le zona survenant chez des gens manifestement tuberculeux, ne rentre plus dans notre sujet. Nous ferons remarquer cependant que lorsque ce zona apparaît chez des malades encore au début d'une tuberculose à laquelle on ne songe pas,

il peut attirer l'attention du clinicien sur l'état des poumons et permettre de diagnostiquer cette redoutable affection. Témoin les deux observations que nous résumons dans notre historique et qui ont trait à des malades qui n'appelaient notre attention que sur leur éruption. Nous les avons auscultés comme nous le faisons de parti pris pour tous les gens atteints de zona et nous avons trouvé une tuberculose à la première période.

Quant à la forme de l'infection bacillaire dans laquelle existe l'herpès zoster, c'est surtout chez des malades porteurs de lésions pulmonaires que nous le trouvons. Parmi nos observations, nous n'avons qu'un cas de méningite tuberculeuse (Observation I) et un de tuberculose génitale (Observation V). Toutes les autres, nous l'avons dit déjà, ont trait à des tubercules pulmonaires.

Date d'apparition de la tuberculose. — La date de l'apparition de la tuberculose par rapport au zona est variable, nous l'avons vue suivre pour ainsi dire l'herpès zoster sans intervalle de temps. Il est bien entendu que nous voulons parler des signes certains permettant de faire le diagnostic, car pour nous nos malades atteints de zona sont déjà en puissance de tuberculose. Le plus souvent cette date de l'apparition varie de trois semaines à un an. Cependant, elle ne s'est manifestée qu'au bout de quatre ans dans

•

l'observation III. Nous relevons du reste les chiffres suivants :

Quelques jours après (Obs. de Ronzier et Obs. XII).			
Trois semaines	—	(Observations VI et IV).	
Deux mois	—	—	XI.
Trois mois	—	—	X.
Quatre mois	—	—	VIII.
Six mois	—	—	VII et IX et XIII
Huit mois	—	—	I.
Dix mois	—	—	V.
Un an	—	—	II et XIV.
Quatre ans	—	—	III.

Notre zona est donc une manifestation assez précoce de l'infection bacillaire encore latente au moment où elle n'a pas encore fait de ravages irréparables. Cette précocité lui donne une valeur considérable en nous permettant de dépister et de guérir cette affection si dangereuse ; car nous savons que c'est au début que l'on a le plus de chances de s'en rendre maître.

Eruption. — Les caractères objectifs de l'éruption ne permettent pas de différencier le zona des tuberculeux d'un autre zona. Ici comme ailleurs l'éruption est composée des vésicules bien connues. Celles-ci contenant une sérosité claire et transparente sont disposées par groupes distincts qui reposent sur un fond rouge, érythémateux et qui sont séparés les uns des autres par des espaces de peau saine. Elles se

comportent en tous points de la même façon que celles d'un zona ordinaire. Elles augmentent bientôt de volume et peuvent dans certaines occasions devenir confluentes, s'ulcérer, suppurar et se sphacéler comme nous le voyons dans certaines de nos observations. La macule qui succède à la vésicule s'efface en général assez vite.

Névralgies. — Le symptôme précurseur de l'éruption de zoster chez les tuberculeux est également constitué par des douleurs de forme et d'intensité variables précédant comme dans tout zona l'apparition des vésicules d'un temps plus ou moins long. Ce sont d'ordinaire des douleurs à forme d'élanacement avec redoublements paroxystiques comme dans une névralgie et quelquefois elles sont sourdes, continues et peu vives. « Les douleurs, dit M. Leudet, sont en général moins vives chez les tuberculeux que chez les sujets sains. » Nous le pensons ainsi, car dans les six observations de Lemonnier elles ne sont signalées que deux fois. Elles sont apparues trois jours avant l'éruption et ont disparu peu après. Quant à l'observation I, il s'agit d'un enfant et nous savons depuis les travaux de M. Comby combien la névralgie est rare chez ces derniers.

Nous en retrouvons cependant d'aiguës dans celles de Ronzier-Joly, d'Arnaud et dans celle de M. Raymon I. Nous avons retrouvé le 15 décembre 1896 chez la malade qui fait le sujet de l'observation X

une névralgie persistant depuis le 30 janvier de la même année ; mais elle était peu accusée.

Symptômes généraux accompagnant l'éruption.

— M. Lemonnier ne signale pas de symptômes généraux chez ses malades, mais ils sont si peu prononcés qu'il faut les rechercher. Dans l'observation de Ronzier-Joly que nous avons citée, la malade qui en fait le sujet avait présenté de la diarrhée, des vomissements et avait une température de 38° à 39°. La malade de M. Arnaud présenta également de la fièvre et un état gastrique assez prononcé ; elle eut de plus de l'insomnie. Dans nos observations X et XI nous trouvons aussi de l'insomnie, des douleurs dans les membres et une lassitude générale. Le malade qui fait le sujet de la XI^e eut même quelques frissons ; il en est de même dans les observations XIII et XIV. La femme qui est citée dans la XII^e a eu à l'époque de son zona de la fièvre, de l'insomnie, de l'inappétence et des ganglions dans l'aisselle.

Siège. — Le zona peut siéger bien entendu sur n'importe quelle partie du corps, sur le tronc, les extrémités ou la face. C'est ainsi que nous le trouvons sur le trajet du trijumeau dans l'observation I, sur le territoire du plexus cervical superficiel dans l'observation II, le long du nerf lombo-abdominal droit dans l'observation III, dans l'observation V sur le trajet du sciatique, et enfin dans le reste de nos observations, il occupe la région thoracique.

Quelquefois il semble qu'il y ait une relation des plus intimes entre le siège de l'éruption zostérienne et celui de la tuberculose. Dans l'observation I, en effet, nous voyons un enfant mourir de méningite tuberculeuse à la suite d'un zona ophtalmique et dans l'observation V une tuberculose génitale portant sur le gland et l'épididyme apparue peu de temps après la guérison d'un zona sciatique. Enfin, dans la plupart de nos observations, le zona intercostal précède l'évolution de la tuberculose pulmonaire. Ce sont là évidemment de simples coïncidences que nous constatons sans vouloir en tirer aucune conclusion.



Valeur Sèmeïologique

Maintenant que nous connaissons la symptomatologie du zona dans la tuberculose, il importe de bien préciser le rapport qui existe entre ces deux affections.

Partageant l'opinion de Messieurs Leudet, Lemonnier, Arnaud et Rendu nous avons éliminé, pour ne plus y revenir, l'idée de simple coïncidence ou de hasard et nous pensons avec ces auteurs que le zona prémonitoire est une manifestation de l'infection bacillaire au même titre qu'une foule d'autres symptômes du début de la tuberculose que nous allons passer en revue.

S'il existe en effet entre ces deux affections un rapport de cause à effet c'est la tuberculose qui est la cause et le zona l'effet ou la manifestation. L'herpès zoster ne prédispose donc pas les individus qui en sont affectés à devenir tuberculeux comme le font la rougeole, la variole, la coqueluche, le diabète, la pneumonie. Mais il est la manifestation d'un état bacillaire latent. C'est du reste l'opinion de M. Leloir qui a rangé le zona dans ce qu'il appelle les dermatonévroses indicatrices. « Elles indiquent, nous dit

cet auteur, que quelque état morbide encore latent va se révéler et qu'il faut se tenir en éveil. »

Le zona doit donc être rangé parmi les signes de présomption qui peuvent permettre de dépister une tuberculose latente ou tout au moins de mettre un malade en expectation et de saisir dès son apparition le premier symptôme qui permette d'affirmer le diagnostic. Or il n'est pas indifférent de faire un diagnostic précoce, car nous savons que c'est à cette période prodromique que la guérison peut s'obtenir le plus facilement.

On tend à croire que l'hémoptysie est le premier signe de début de la tuberculose. Il n'en est rien, et bien avant elle une réunion de petits symptômes qui, pris isolément, sont sans grande valeur, deviennent importants s'ils sont groupés et peuvent mettre sur la voie du diagnostic, comme les petits signes du brightisme, si bien décrits par M. le professeur Dieulafoy permettent, lorsqu'ils sont réunis de diagnostiquer un mal de Bright alors qu'isolés ils ne signifient rien.

Nous n'avons pas la prétention de faire du zona un signe de certitude, comme Lawson Tail voulait faire du myœdème par exemple; mais nous croyons qu'il a autant de valeur que ce symptôme et ceux que nous trouvons signalés par tous les auteurs classiques.

En effet, nous voyons tous les jours le clinicien

attacher une certaine valeur à la pâleur du visage, au reflet vénitien de la chevelure, à l'aspect infantile caractérisé par un développement restreint du système pileux, par l'applatissage du thorax, etc.

Lorsqu'un malade à peau fine, aux yeux brillants, raconte qu'il perd ses forces, maigrit, s'essouffle au moindre effort, s'enrhume facilement, a des sueurs localisées à la poitrine, de la fièvre légère le soir accompagnée de malaise et de courbature, on songe immédiatement à rechercher la phymatose.

Il en est de même d'une femme anémique ou chlorotique toussant légèrement le matin, présentant des troubles dyspeptiques, de la diarrhée et des douleurs localisées aux différents points du thorax. Il ne faut pas négliger non plus la polyurie, l'albuminurie et l'insomnie qui précèdent parfois la tuberculose.

C'est au même titre que l'adénopathie trachéo-bronchite, le liséré gingival, les troubles menstruels, font penser à une tuberculose latente dont le diagnostic est corroboré par les signes suivants fournis par la palpation et l'auscultation, tels que : l'obscurité du son, la diminution de l'élasticité, le retentissement de la toux et de la voix, l'expiration prolongée et soufflante et la respiration rude.

M. Rendu, parlant des observations de Lemonnier, nous dit : « Ces observations sont à rapprocher de celles de Landouzy qui a signalé plusieurs cas de

sciatiques prémonitoires d'ailleurs exemptés de zona. Chez tous ces malades en passe de devenir tuberculeux, l'infection existait déjà vraisemblablement, sans se manifester par des signes permettant d'en établir le diagnostic, et sans doute aussi la tuberculose quoique encore latente, a été la cause véritable du zona comme [de la névrite. Il est donc utile désormais de prendre en sérieuse considération à l'égard du pronostic les zonas qui se présenteront à l'observation avec les allures précitées ».

M. Arnaud pense aussi que ce zona est une manifestation de l'infection tuberculeuse aiguë prégranulomateuse, et voici à ce sujet ce qu'il nous dit :

« A côté des infections aiguës zostérigènes serait-il illogique de placer l'infection tuberculeuse aiguë prégranulomateuse. Sous ce nom. Landouzy, Kiener et Jeannel ont décrit des fièvres tuberculeuses à forme typhoïde, différant de la dothiëntenterie par quelques symptômes et montrant à l'autopsie en l'absence de toute lésion dothiëntérique quelques granulomes isolés insuffisants pour donner des symptômes locaux. « A cette période, dit Landouzy, la fièvre bacillaire tient toute la scène pathologique. Elle ne s'accompagne ni de toux, ni d'oppression, ni de lésions pulmonaires appréciables. Ces malades sont plus aux prises avec la tuberculine qu'avec les localisations tuberculeuses ». Ces pseudo-typhiques peuvent guérir après avoir présenté les mêmes

symptômes que les sujets qui ont donné la preuve anatomique. D'ailleurs, souvent cette guérison n'est que temporaire ; la typhobacillose a précédé d'un laps de temps variable l'éclosion des tuberculoses locales et la phthisie ».

« A côté de ces cas curables, mais à symptômes encore nets, simulant la typhoïdette, Cuffer, dans un travail sur la période prégranulique ou période d'incubation de la tuberculose, signale des cas où l'infection en l'absence de tout symptôme local ne se manifeste que par la fièvre rémittente ou intermittente avec accablement ; l'anémie et souvent la splénomégalie complètent cette symptomatologie peu bruyante. Pour Cuffer cette période d'incubation, qui est peut-être accessible à la thérapeutique, aboutit à la phthisie quelquefois après une apparente guérison ».

« Je ferai remarquer dans mon observation l'existence, trois mois environ avant le zona, de symptômes comparables à ceux signalés par Cuffer. Je me mépris alors sur leur signification et crus y voir de la grippe fruste incomplète. Le zona apparut lui-même au milieu de symptômes fébriles et gastriques. Ces poussées fébriles successives n'étaient peut-être que le prodrome d'une tuberculose pulmonaire bientôt après évidente ».

« L'infection prégranulique atténuée (si l'on en croit ces symptômes) pourrait expliquer au moins

dans certains cas ce zona, prodrome du tubercule local. Nous trouvons des analogies à l'appui de cette idée dans la pathologie expérimentale et clinique. Grancher, Martin et Ledoux-Sébard ont produit souvent des paralysies aux membres postérieurs sans aucun tubercule par l'inoculation de cultures très atténuées ou même mortes. « Nous sommes enclins, disent ces observateurs à attribuer ces paralysies à une substance soluble toxique pour le système nerveux, à une tuberculine si on veut ».

« En clinique, on a depuis longtemps noté avant la tuberculose ou tout-à-fait à son début des symptômes peut-être attribuables à une névrite, ce qui les rapprocherait singulièrement de notre zona prodromique ; je veux parler ici de la sciatique qui pour Peter serait quelquefois un symptôme révélateur de la tuberculose. Landouzy a la même opinion. « Parmi les accidents nerveux précoces, disent Cornil et Hérard, il faut surtout citer les névralgies intercostales très fréquentes et qui bien des fois facilitent le diagnostic si obscur d'ordinaire à cette période ».

Nous voyons que la malade qui fait le sujet de l'observation de M. Arnaud a présenté à côté de son zona d'autres petits signes prémonitoires de la tuberculose. Nous pouvons en dire autant pour la plupart des autres malades qui font le sujet de nos observations. Dans celle de M. Ronzier-Joly, nous avons affaire à une malade présentant des antécédents

tuberculeux, s'enrhumant facilement l'hiver, ayant une expiration prolongée au sommet droit et de la submatité. La malade qui fait le sujet de l'observation II éprouva simultanément avec son zona de l'anorexie suivie d'amaigrissement, d'essoufflement et de toux. Celle de l'observation III avait été chlorotique et éprouva après son zona de la dyspnée d'effort, des palpitations de cœur sans lésion d'orifice, et se mit à tousser ; elle avait aussi peu d'appétit. Celle de l'observation X présentait aussi de l'amaigrissement, de la fièvre vespérale, des sueurs nocturnes, de l'inappétence et une toux sèche et quinteuse. Dans l'observation XI, nous avons trouvé simultanément avec le zona de la diminution de la sonorité, une inspiration humée et saccadée et une expiration prolongée et soufflante, le sujet a des cheveux blonds à reflet vénitien, une peau fine, des yeux bleus et l'aspect infantile ; il est presque imberbe. M^{me} P., dans l'observation XII s'enrhumant facilement, ayant une toux sèche et quelques sueurs la nuit eut de l'insomnie et de l'inappétence en même temps que son zona.

Si nous ne craignons de nous répéter, nous dirions que le zona survenant avant la tuberculose mérite droit de cité parmi tous les petits signes du début de cette affection que nous venons de citer. Mais, nous dira-t-on, pourquoi ne le trouve-t-on pas plus souvent dans les antécédents des bacillaires ?

Nous répondrons avec M. Arnaud qu'é dans nombre de cas on ne songe pas à le rechercher et les malades qui ont oublié le petit accident ne le signalent pas. Nous n'en voulons pour preuve qu'un certain nombre de tuberculeux chez lesquels nous avons trouvé un zona dans leurs antécédents, mais dont nous ne rapportons pas les observations, car il est possible qu'ils fussent bacillaires au moment de l'apparition de leur zoster, n'ayant pas été auscultés à cette époque. Enfin, comme nous le verrons dans la pathogénie, qui fera le sujet du chapitre suivant, le zona ne se produit vraisemblablement à la première période de l'infection bacillaire que chez des sujets porteurs de tares nerveuses.

Il est un fait, signalé par M. le Dr Alb. Robin, qui a bien voulu nous le communiquer, qui se rapproche singulièrement de notre zona prémonitoire. C'est l'apparition d'une poussée d'herpès, simulant à s'y méprendre la fièvre herpétique, qui fut suivie à brève échéance d'une tuberculose commençante. M. Alb. Robin en a observé un certain nombre de cas, et se demande si cette fièvre herpétique, au lieu d'être une entité morbide, ne serait pas plutôt en cette circonstance la manifestation de l'infection prégranulique.

Pathogénie

A quoi est dû le zona prémonitoire de la tuberculose ? C'est là une question qui a donné naissance à bien des travaux, à nombre d'interprétations, et qui cependant ne paraît pas résolue. Ce serait de la présomption de notre part que de vouloir trancher une question si difficile. Cependant nous croyons utile d'exposer les idées qui nous ont été suggérées par la lecture des différentes observations de zona chez les tuberculeux. Mais avant nous allons passer en revue toutes les hypothèses émises pour expliquer cette affection, et nous verrons ensuite à laquelle nous devons rattacher notre zona prémonitoire.

Théorie réflexe. — La première en date est la théorie réflexe soutenu par Guénau de Mussy qui considère les phénomènes douloureux d'ordre nerveux des phtisiques comme étant de nature réflexe. « Il faut admettre, dit-il, des phénomènes d'excitabilité réflexe, comme on admet une contraction réflexe du système locomoteur.... les incitations anormales des nerfs ganglionnaires peuvent provoquer une impression douloureuse dans les nerfs cérébraux spinaux. »

Perroud est plus affirmatif. Il pense que l'état discra-

sique du sang exerce une action spéciale sur la substance nerveuse et lui crée des conditions particulières d'excitabilité. D'après lui c'est le pneumo-gastrique qui transmet les impressions parties du poumon aux centres nerveux. « Il s'agit, dit-il, d'action réflexe, d'incitation partie des poumons et réfléchie par la moelle d'une manière d'autant plus facile que celle-ci par le fait de la composition du sang et de l'état général pathologique du sujet se trouve dans un état d'excitabilité exagérée. » De plus il fait remarquer que : « Ces phénomènes nerveux ont une mobilité qui exclue l'idée d'une lésion organique grossière dans leur pathogénie.... De pareils accidents éveillent l'idée de phénomènes purement fonctionnels c'est-à-dire sans lésion anatomique appréciable plutôt que par lésion grossière des centres ou des filets nerveux. »

Leudet, qui avait cru tout d'abord voir la cause des désordres nerveux des phtisiques dans une modalité vicieuse de l'inervation vaso-motrice, termine plus tard son mémoire par cette conclusion : « Il est probable que les troubles nerveux comme le zona sont provoqués par action réflexe. »

M. Altemaire se range également du côté de ces auteurs en soutenant avec eux que les troubles nerveux observés chez les tuberculeux ne sont autre chose que des phénomènes réflexes.

Théorie de Von Bæresprung.—Cet auteur ayant trouvé à l'autopsie de malades porteurs de zona des

altérations des ganglions rachidiens conclue que le zona est lié à l'altération de ces ganglions et des racines postérieures des nerfs spinaux ou à une lésion du ganglion de Gasser si l'éruption apparaît dans le domaine du trijumeau. « C'est surtout, dit-il, sinon exclusivement à l'inflammation des ganglions, à l'irritation des cellules ganglionnaires qu'il faut rattacher la lésion cutanée. » Ses observations suivies d'autopsie comme celles de Wagner, de Chandelux, de Lesser et de Dubler semblent prouver l'existence de ces lésions.

Théorie de la Leptomyélite. — Dans le mémoire de M. le Professeur Raymond sur les différentes formes de leptomyélites tuberculeuses publié dans la Revue de médecine de 1886, les divers troubles nerveux des phthisiques sont rapportés à des lésions centrales « L'immunité des centres nerveux proprement dits n'est pas absolue, dit M. Raymond ; même dans la tuberculose chronique à marche lente, on peut observer des tumeurs d'infection du cerveau et de la moelle », et plus loin « les lésions diffuses des centres nerveux plus communes qu'on ne le croit généralement représentent pour la tuberculose les formes infiltrées de la syphilis cérébrale ou médullaire bien distinctes des tumeurs gommeuses des mêmes organes. ». M. Raymond cite à l'appui de sa théorie ses propres autopsies et celles de MM. Hayem, Léouville, Habershon et Schültze.

Hypothèse de M. Brissaud. — Il faut rapprocher de la théorie de la leptomyélite l'hypothèse de M. Brissaud. Suivant cet auteur, le zona serait dû à l'irritation d'une région médullaire correspondant à la zone cutanée malade. L'étude de l'embryologie donne un appui solide à cette vue originale car elle démontre que la sensibilité des zones cutanées est localisée dans les étages correspondants de la moelle et que les fibres nerveuses de ces divers étages s'entremêlent dans un même nerf intercostal.

Théorie des névrites parenchymateuses périphériques. — Leroux, s'appuyant sur ce que la tuberculose est une maladie infectieuse et sur ce que la névrite périphérique se trouve dans une foule de maladies infectieuses, conclue qu'il y a un rapport de cause à effet et que le zona est un mode de réaction du nerf témoignant un trouble de la nutrition consécutif à la névrite. Cette théorie des névrites périphériques est défendue ou appuyée par le mémoire de MM. Pitres et Vaillard. « Des observations, nous disent-ils, publiées tant en France qu'en Allemagne par Joffroy, et Eisenlohr, Vierordt, Strumpell, E. Müller, Oppenheim, ont déjà montré que le système nerveux périphérique pouvait au cours de la tuberculose pulmonaire subir des altérations diffuses indépendantes de toute modification préalable des centres et semblables à celles qui caractérisent les névrites périphériques dites parenchymateuses. » Les

autopsies de Pitres et Vaillard vérifient ces lésions sans altération de la moelle et des ganglions. Pour Dubler ça débiterait même toujours par là. En somme, pour ces auteurs, le zona est dû à l'irritation des nerfs périphériques sans altération des centres nerveux.

Telles sont les différentes théories invoquées pour expliquer la pathogénie du zona chez les tuberculeux.

Nous laisserons de côté la théorie réflexe qui, pensons-nous avec MM. Barié et Leroux, ne peut être acceptée. « Car, d'une part, elle ne rend nullement compte de la limitation parfois si étroite des accidents nerveux, et d'autre part, on ne conçoit guère une excitation réflexe dont la durée est assez longue pour produire des troubles trophiques tels que l'éruption d'herpès zoster, par exemple. »

Quant aux autres nous pensons qu'elles sont trop exclusives, mais qu'elles ont toutes du vrai. Au sujet de celle de Bœresprung, voici, en effet, ce que nous dit M. Leloir : « L'examen des nerfs périphériques dans le zona présente une grande importance, car on ne peut plus actuellement affirmer avec Von Bœresprung que le zona dépend toujours d'une lésion des ganglions spinaux. » Mais, cet auteur, comme M. le professeur Raymond, MM. Pitres et Vaillard et tous ceux qui ont soutenu les théories précédentes, apporte des autopsies à l'appui de ses affirmations.

Nous nous trouvons donc en présence de nom-

breux cas de zona présentant des altérations tantôt de la moelle, tantôt des ganglions rachidiens et des racines postérieures, tantôt enfin des nerfs périphériques. Ce sont des constatations que l'on ne peut nier et qui vont nous diriger dans la conviction ou l'idée que nous nous faisons de la pathogénie du zona.

Tout d'abord, nous pensons avec Leroux, Lucas, Barthélemy, Arnaud et Lemonnier que le zona est une manifestation de l'infection tuberculeuse. Il est dû à l'influence exercée sur le système nerveux par les toxines que secrète le bacille de Koch et pour la production de ces toxines il suffit de la présence d'un tubercule dans l'organisme, tubercule qui sans se révéler extérieurement par aucun signe d'auscultation n'en existe pas moins.

Le zona se trouve, en effet, aussi bien dans les maladies infectieuses que dans les intoxications. Adenot l'a vu dans la rougeole.

Il existe également dans la fièvre typhoïde et la variole, comme le constatent Charcot et Bouchard, dans leur traité de médecine.

Leudet a vu le zona d'une cuisse précéder un rhumatisme articulaire aigu du genou.

On le trouve dans la syphilis, comme le prouvent les observations de MM. Barié et Letulle.

Van Heusinger et Schaffer l'ont signalé dans la pneumonie.

Barthélemy, dans les *Archives générales de*

Médecine, rapporte deux cas de zona survenus chez des individus atteints de grippe.

M. Letulle l'a vu dans la convalescence de cette dernière maladie. Il le signale comme prodrome de la scarlatine et l'a rencontré au cours de la septicémie puerpérale et de la blennorrhagie.

Lomier cite dans sa thèse une observation de Parot dans laquelle un homme de 66 ans eut un zona intercostal à la suite d'excès alcooliques.

Leudet, Sattler, Lomier et Mougeot ont vu le zona se développer chez des gens intoxiqués par l'oxyde de carbone.

Lomier rapporte l'observation d'un homme qui présentait, avec les signes de l'intoxication saturnine, un zona brachial.

Hutchinson est allé jusqu'à rendre l'arsenic responsable de la même affection qu'il a observée plusieurs fois chez des individus intoxiqués par ce médicament.

M. Rendu signale également un cas de névrite chez un urémique.

Enfin nous rencontrons le zona chez des gens qui, après avoir mangé des moules, eurent des troubles gastriques suivis de l'éruption vingt-quatre heures après l'ingestion de cet aliment. (Observations de Lomier).

Du reste, le zona n'est pas la seule manifestation cutanée que nous trouvons dans les toxhémies. On

peut en rapprocher le purpura. Nous lisons, en effet, dans un article de M. Paul Claisse sur la pathogénie du purpura, que celui-ci peut survenir dans la fièvre typhoïde, la diphtérie, la blennorrhagie, l'érysipèle et la fièvre puerpérale. Il le signale également dans la tuberculose et dans les intoxications par différents médicaments et par les toxines microbiennes élaborées en dehors de l'organisme, telles que, par exemple, les viandes fermentées. Selon lui, cette manifestation est due, comme notre zona, à l'action des microbes les plus variés, qui agissent surtout par leurs poisons solubles. « Il faut reconnaître, nous dit cet auteur, que la présence des microbes semble, dans la plupart des cas, être fortuite, accidentelle, et même inutile à la production de la lésion ; celle-ci résulte plutôt d'une toxémie que d'une action locale des bactéries... Une infection générale, une infection locale des appareils digestif, urinaire, respiratoire, du tégument, un foyer tuberculeux, cancéreux, etc., peuvent être l'origine d'une toxémie capable d'engendrer la lésion purpurique. Ce rôle des toxines microbiennes dans la genèse du purpura, établi par l'observation clinique est d'ailleurs démontré expérimentalement par Charrin. » Dans la recherche sur le mécanisme par lequel ces poisons produisent l'extravasation sanguine, M. Paul Claisse attribue une large part au système nerveux. « Le rôle du système nerveux dans la genèse du purpura, en

général, est démontré par des preuves nombreuses. Brown-Séquard a observé des ecchymoses spontanées à la suite de sections de la moelle. Pareil résultat a été noté après électrisation de troncs nerveux. Des exemples cliniques du purpura nerveux ont été fournis par de nombreux auteurs, et en particulier par Rendu, Faisans et Thomas. On a constaté des suffusions sanguines à la suite de lésions du rachis, de la moelle, au cours de névrites toxiques et en particulier de la névrite alcoolique (OEttinger)... De nombreux faits cliniques et expérimentaux montrent donc bien que les lésions les plus variées du système nerveux peuvent engendrer le purpura ».

M. Hallopeau considère également certaines dermatoses comme engendrées par les toxines du bacille de Koch, telles que le Lichen scrofulosorum, les folliculites suppuratives et certains erythèmes : « Ces lésions, dit-il, ne contiennent pas le bacille, ne sont pas inoculables, mais elles seraient provoquées par l'action à distance des toxines émanées des foyers tuberculeux. » M. Barié a observé aussi ces différentes dermatoses dans la tuberculose.

Les faits que nous avons signalés plus haut sont assez nombreux pour nous permettre de conclure à l'influence des maladies infectieuses et des intoxications sur l'apparition du zona, comme l'a fait M. Claisse pour le purpura. Ce n'est pas sans raison qu'on peut considérer l'herpès zoster comme un

mode de réaction du système nerveux en présence soit des poisons minéraux, soit des toxines secrétées par les microbes des différentes maladies que nous venons de signaler.

Nous voyons le système nerveux réagir de la même façon, qu'il soit altéré ou irrité par des poisons endogènes ou exogènes. Le bacille de Koch peut l'influencer aussi bien que le pneumocoque, le gonocoque, le plomb ou l'oxyde de carbone. Il serait paradoxal de ne pas l'admettre. Les expériences de R. Lucas viennent encore confirmer la nature infectieuse du zona. Cet auteur a, en effet, tenté de produire l'herpès zoster chez des lapins auxquels il avait fait subir des traumatismes portant sur leurs cordons nerveux. Sur trente cas, aucun n'a donné de résultat. Or, comme il opérait sous le couvert de l'asepsie, on peut conclure avec lui que le traumatisme ne suffit pas à déterminer l'apparition de l'éruption zostérienne et qu'il faut de plus une névrite spécifique. Fabre qui a expérimenté également sur des chiens en arrive aux mêmes conclusions.

Barthélemy est du même avis, mais semble croire à l'existence d'un agent zonifère spécial. Or nous savons que Waslinde, aussi bien que Pfeiffer et Boinet ont cru avoir trouvé un protozoaire qu'ils rendent responsable du zona ; mais ils n'ont pu l'isoler. Il nous semble plus rationnel de considérer le zoster comme le résultat de l'infection du système

nerveux par les microbes des différentes maladies que nous venons d'énumérer.

M. le Professeur Landouzy a décrit un zona dont il fait une entité morbide spéciale, infectieuse, contagieuse, épidémique, présentant une forme cyclique et des symptômes généraux, mais sans microbe connu. Nous nous demandons, et c'est une simple supposition de notre part, si le zona symptomatique des maladies infectieuses et des intoxications ne rentre pas dans cette fièvre zostérienne de M. Landouzy, ou si la réciproque ne serait pas plus probable, et dans ce cas, si le zona de cet auteur ne serait pas la manifestation de l'infection du système nerveux par les toxines d'une maladie encore latente, grippe, rougeole ou tuberculose par exemple, comme cela s'est produit dans l'observation de M. Arnaud.

Mais cette nature infectieuse du zona ne nous suffit pas pour expliquer la présence de ce symptôme à la période prodromique de la tuberculose car, nous dira-t-on, le zona est relativement rare chez les tuberculeux en comparaison du nombre de ces derniers. Nous répondrons à cette objection que cette rareté est plus apparente que réelle et surtout qu'il faut en outre que les toxines du bacille de Koch trouvent dans l'individu un terrain favorable et ce terrain favorable, cette prédisposition, ne nous semble être autre qu'une tare névropathique. Tel est en effet l'avis de M. Arnaud. « L'hérédité névropa-

thique, nous dit-il, est une cause connue des déterminations de l'infection tuberculeuse sur le système nerveux. Or, c'est là un nouveau point de contact entre ces déterminations et le zona. En effet, Deyfous a toujours trouvé chez les malades atteints de zona l'hérédité nerveuse ou des névropathies personnelles (névralgies répétées). La tare névropathique est encore prouvée chez ces sujets par d'autres symptômes nerveux qui accompagnent ou suivent immédiatement le zona, témoin ces faits analogues à celui rapporté par M. Perrin, où une paralysie faciale suit la détermination du zoster sur un nerf plus ou moins éloigné de la 7^{me} paire. » M. Letulle considère aussi la tare neuro-arthritique comme indispensable à la production du zoster. Nous relevons cette même prédisposition dans nos observations III, IV, V, VI, VII, XI, XII et XIII. Dans toutes nous rencontrons des antécédents indirects d'arthritisme.

Quelle est maintenant la localisation de la lésion? Telle est la question la plus difficile à résoudre, et que nous ne nous sentons pas le pouvoir de trancher. Le zona est-il dû à l'action des toxines sur les ganglions rachidiens, comme le veut Bœresprung? Sont-ce les nerfs périphériques qui sont atteints ou la moelle? En présence des autopsies que rapportent les défenseurs de ces diverses opinions, nous ne saurions mettre en doute qu'il existe des cas dans lesquels ces différentes parties du système nerveux

sont atteintes à l'exclusion des autres. Nous croyons donc que les toxines du bacille de Koch peuvent exercer leurs méfaits aussi bien sur la moelle que sur les ganglions et les nerfs périphériques.

Nous ferons remarquer cependant que les vésicules de zona ne suivent pas toujours exactement le trajet des nerfs périphériques et la théorie de M. Brissaud qui nous semble très ingénieuse expliquerait cette particularité. C'est peut-être de ce côté que jaillira la lumière qui éclairera enfin cette question si obscure, et résoudra cet énigme que reste la pathogénie du zona.



OBSERVATIONS

Observation 1

(Empruntée au mémoire de M. Lemonnier)

Enfant de 4 ans. — Zona du trijumeau suivi de méningite tuberculeuse huit mois après.

Le 5 juillet 1885, j'étais appelé par un de mes clients pour examiner son enfant qui présentait, me disait-il, quelques boutons à la tempe droite. Le père, âgé de 45 ans, avait eu un rhumatisme généralisé. C'est le seul antécédent à signaler du côté paternel. Il n'y avait rien de spécial du côté de la mère, qui était bien portante. L'enfant avait été élevé au biberon et avait eu un peu d'impetigo à l'âge de six ou sept mois. Ni maux d'yeux, ni maux d'oreilles, ni ganglions. Une rougeole comme antécédents directs et une bronchite aiguë six mois après, à trois ans. La veille du jour où je fus appelé, sans prurit et sans douleur névralgique, l'éruption caractéristique avait apparu. C'était surtout le long du filet temporo-facial qu'elle existait. Depuis l'oreille, immédiatement au-dessus du condyle du maxillaire

Rouher

4

inférieur, premier point, jusqu'à l'angle externe de la paupière supérieure, je remarquais quatre plaques rouges irrégulièrement arrondies ou ovalaires et présentant en moyenne une dizaine de vésicules. Ce zona, qui est précédé et accompagné plus souvent que tout autre chez l'adulte de douleurs névralgiques, ne donnait lieu à aucune réaction chez cet enfant. C'est un fait que M. le Dr Comby a du reste bien fait ressortir, que le zona infantile est le plus souvent exempt de douleur. Il n'y avait en outre aucun trouble oculaire.

L'enfant ne parut pas souffrir de cette éruption qui ne laissa aucune cicatrice. Il eut une bronchite légère au mois de novembre suivant; elle n'eut aucun retentissement fâcheux sur son état général qui avait toujours été un peu débile, il est vrai, et fin février 1886, e'est-à-dire près de huit mois après, il présentait les symptômes d'une méningite tuberculeuse qui se terminait fatalement le 18 mars.

Observation 2

(Empruntée au mémoire de M. Lemonnier)

Double zona du plexus cervical superficiel chez une jeune fille de 22 ans, morte phtisique l'année suivante.

Mlle M..., habite la campagne chez ses parents, qui jouissent d'une bonne santé. Elle ne connaît pas de tousseur

dans sa famille. Sa grand'mère maternelle est morte d'une maladie de cœur et un frère a eu deux poussées d'eczéma. Agée de 22 ans, elle a été élevée au biberon, n'a jamais eu d'impétigo, de maux d'yeux, ni de maux d'oreilles. La seule maladie qu'elle se rappelle est une variole légère en 1870. Régulée à 14 ans 1/2 régulièrement, elle n'a jamais été malade depuis. Il y a sept à huit jours, elle commença à souffrir de douleurs, qu'elle m'a qualifiées d'atroces, dans la région occipitale et tout autour du cou.

Trois jours après l'éruption apparaît. Elle est presque confluyente à la nuque et près de la racine des cheveux des deux côtés; puis, à partir du bord postérieur du sternocleido-mastoïdien droit, on constate neuf groupes de vésicules, plus quelques-unes isolées et à gauche six groupes moins importants. Le groupe situé le plus bas est au niveau de la clavicule droite. La durée de la maladie fut de six semaines environ et elle laissa après elle quelques cicatrices. Ces accidents se produisirent en mars 1887. L'appétit disparut d'une façon notable et ne reparut plus. La malade maigrit pendant le printemps et le commencement de l'été malgré un régime tonique, éprouva de l'essoufflement après la marche, et, en septembre, se mit à tousser. Je la revis à ce moment. L'induration du sommet gauche avec souffle était manifeste; des sueurs parurent au réveil, et dès novembre j'entendais des râles sous-crépitaux au sommet. En mars 1888, c'est-à-dire un an après l'apparition du zona, elle mourait d'une poussée de broncho-pneumonie au sommet gauche.

Observation 3

(Empruntée au mémoire de M. Lemonnier)

*Zona lombo-abdominal en 1885 chez une femme de
57 ans, morte phthisique à 57 ans.*

M^{me} B..., est née en 1828. Son père est mort à 60 ans d'un ramollissement cérébral dont les premiers symptômes avaient débuté quelques années avant, alors qu'il jouissait d'une très bonne santé. Sa mère est morte à 85 ans d'une fluxion de poitrine sans avoir jamais éprouvé de maladie antérieure. Un oncle paternel fut amputé d'un avant-bras pour une tumeur au sujet de laquelle, je n'ai pu obtenir de renseignements, mais après l'opération la tumeur récidiva et le malade mourut. Un autre oncle, également du côté du père, fut atteint de ramollissement cérébral. Une sœur existe encore et jouirait d'une bonne santé si elle n'était un peu obèse et variqueuse. Notre malade, très brune, d'une constitution moyenne et bien moins forte que ses ascendants, fut un peu chlorotique vers l'âge de seize ans. Mariée à 23 ans elle a eu, en douze ans, cinq enfants. le premier à sept mois et les quatre autres à terme; les trois derniers, élevés au biberon, sont morts en nourrice de gastro-entérite. Celui qui a survécu est légèrement arthritique (quelques varices et craquements articulaires). Veuve à 36 ans, la névropathie reparut et s'accrut à la suite de certaines difficultés de l'existence. Un an après son veuvage elle fut opérée d'un polype muqueux de l'utéro

L'impressionnabilité augmenta sans qu'il y ait jamais eu aucune attaque de convulsions hystériques. En juillet 1885, sans refroidissement, sans émotion morale, et dans le courant de l'année où elle eut le plus de satisfaction, elle fut atteinte d'un zona lombo-abdominal du côté droit. Trois années se passèrent encore bien, puis elle éprouva de la dyspnée après la marche, des palpitations de cœur plus accusées sans lésion d'orifice et se mit à tousser. Elle prenait peu de nourriture depuis longtemps et enfin, au mois de janvier 1889, les signes stéthoscopiques de la tuberculose pulmonaire furent appréciables aux deux sommets. La marche fut très rapide pour une personne de cet âge, puisqu'elle mourait au mois de juillet de la même année.

Observation 4

(Empruntée au mémoire de M. Lemonnier)

M^{lle} C... âgée de 56 ans, a encore ses parents. Sa santé a toujours été bonne nous dit-elle; elle n'accuse aucune maladie antérieure et n'a pas eu d'accidents scrofuleux pendant son jeune âge. Blonde, d'une taille au-dessous de la moyenne, mais assurément très nerveuse, elle éprouva des douleurs intercostales très vives du côté gauche au mois d'octobre dernier; le 3^{me} jour, un zona faisait son apparition. Je tiens à faire remarquer ici que la veille du jour où cette femme éprouva les premières douleurs, elle eut très froid. Trois semaines après l'apparition de l'éruption, et alors

qu'elle ne souffrait pour ainsi dire plus, une toux sèche, quinteuse surtout la nuit, très pénible en un mot continua à faire souffrir la malade au point qu'elle ne dormait plus et que l'appétit qui avait disparu ne revenait pas. Un léger mouvement fébrile s'accusait vers six heures le soir. Des râles très fins s'entendaient à l'inspiration et à l'expiration du sommet gauche, et dans la moitié supérieure du même poumon un souffle assez accusé. Actuellement le poumon gauche est presque complètement envahi. Cette femme a soigné sans la quitter la malade qui fait l'objet de l'observation précédente pendant les six derniers mois de son existence, c'est-à-dire pendant tout le temps de l'évolution de sa phtisie.

Observation 5

(Empruntée au mémoire de M. Lemonnier)

M. L... est âgé de 40 ans. Il est le fils d'une mère épileptique et un oncle maternel était atteint de la même névrose. Rien de bien particulier en dehors de ces antécédents indirects et chez le malade je n'ai à signaler qu'un peu d'éthylisme. Ni syphilis, ni accidents de scrofule ou de tuberculose à noter tant chez ce malade que chez ses ascendants. Au mois de juin dernier, il me consulte pour un zona du sciatique à droite. L'éruption était disparue depuis une quinzaine de jours, lorsqu'au mois d'août il vint à nouveau me demander un conseil; tout tremblant il me fait remar-

quer que ce qu'il éprouve date déjà d'une huitaine de jours, mais il n'osait venir me consulter. Une ulcération siège sur le gland à gauche et un peu en haut. Cette ulcération, qui se prolonge jusqu'au méat, a dans son plus grand diamètre environ 12 millimètres ; elle est irrégulièrement ovale et à bords inégalement festonnés. Je ne puis pas dire que les bords sont taillés à pic ; il y a tout au plus une légère dépression à peine sensible, sans aucune induration appréciable, le fond est blanc jaunâtre et sans suppuration. Cette ulcération est indolore et change un peu de caractère sur la partie de la muqueuse uréthrale où elle se prolonge sur une étendue de 2 millimètres environ. A cet endroit la muqueuse est un peu plus rouge sans dépression aucune, c'est-à-dire que les bords sont sur un même plan que le prolongement de l'ulcération et, au lieu de la couleur blanc jaunâtre, il existe quatre à cinq petits points jaunes de la grosseur de grains de mil.

En face de ces caractères et surtout de ceux que présente la muqueuse, je crois devoir éliminer de mon diagnostic le chancre mou, le chancre induré, et, je le dis aussi pour éviter toute objection, l'herpès ou une dernière poussée éruptive du zona. Mon malade qui est marié vit depuis deux mois en célibataire, par suite d'un voyage de sa femme dans sa famille et il ne s'est pas exposé à une contagion. Il me fait remarquer que le début de l'ulcération n'a eu rien de comparable à l'évolution des vésicules du zona. La lésion a eu d'emblée les caractères qu'elle présente ; enfin j'insiste plus particulièrement sur le semis de points jaunes qui se trouvent sur la muqueuse de l'urèthre, ce qui me fait diagnostiquer une ulcération tuberculeuse. Je croirai avoir levé

tous les doutes lorsque j'aurai signalé une induration des deux épидидymes sans blennorrhagie antérieure. L'état général du malade est bon et il n'y a pas d'autre signe de tuberculose. Le toucher rectal ne m'apprend rien quant aux vésicules séminales qui me paraissent saines. Pas de ganglions de l'aîne. L'ulcération a guéri après quarante et quelques jours d'un pansement à la vaseline iodoformée recouverte de gaze iodoformée. Le temps qu'a nécessité le traitement pour arriver à la guérison contribue aussi à éliminer l'idée d'un herpès ou d'une nouvelle poussée du zona.

Observation 6

(Publiée par M. Arnaud dans le « Marseille-Médical » de 1893)

M^{me} X..., 51 ans.

Père nerveux, irascible. Mère hystérique. Une tante paternelle est morte tuberculeuse.

Notre malade a une fille hystérique ; un fils est mort de tuberculose.

M^{me} X... est nerveuse, émotive ; elle a eu des migraines jusqu'à la ménopause. Il y a cinq ans, elle fut traitée pour une pleurésie gauche qui guérit sans ponction. La santé fut ensuite bonne jusqu'à la fin de 1891. Elle eut alors quelques symptômes que j'attribuais à une grippe frustre : fièvre rémittente, sueurs, abattements, céphalée, état gastrique. Les antécédents de M^{me} X..., les soins prolongés qu'elle avait récemment donnés à son fils tuberculeux imposaient un

examen soigné des poumons ; il ne me fit alors rien découvrir de net, sauf un peu de diminution de la respiration au sommet gauche. Après une convalescence assez lente, elle guérit de cette grippe présumée.

Vers la fin de mars 1892 je revois M^{me} X... pour une vive douleur intercostale gauche qui a débuté la veille. Deux jours après ce début, se montrent suivant un trajet horizontal au niveau des 4^e, 5^e et 6^e paires dorsales gauches des îlots de vésicules reposant sur une base érythémateuse. Successivement apparaissent sur le trajet des nerfs déjà nommés des groupes vésiculeux semblables dont les uns se dessèchent, les autres suppurent et s'ulcèrent. Ces poussées sont accompagnées de fièvre, d'état gastrique, d'insomnies dues à la persistance de la douleur spontanée et exacerbée par la moindre pression. La guérison ne fut complète qu'au bout de cinq semaines avec persistance de cicatrices violacées répondant aux vésico-pustules ulcérées.

J'ignorais le rapport du zona et de la tuberculose commençante et je négligeais alors l'examen des poumons. Je regrette aujourd'hui cette lacune qui me laisse indécis entre la signification prodromique et la signification symptomatique, mais initiale du zona observé.

Je fus rappelé trois semaines après la guérison du zona. M^{me} X... qui toussait depuis peu avait une petite hémoptysie. Après élimination du sang alvéolaire, je constatais les signes suivants d'induration au sommet gauche : matité et expiration soufflante. Malgré un séjour à la campagne, la tuberculose a pris une marche assez rapide pour qu'on puisse constater maintenant les signes évidents d'excavation aux deux sommets.

Observation 7

(Due à l'obligeance de M. le Dr Paul Raymond. — Inédite)

Mlle B..., âgée de 30 ans, a toujours eu jusqu'ici une bonne santé. Elle est cependant d'un tempérament nerveux indéniable. Elle s'irrite, rit et pleure sans motif et commet des excentricités de tout genre ; c'est en un mot une détraquée.

Elle n'a pas d'antécédents héréditaires de tuberculose. Un frère est cependant mort de méningite en bas âge.

Père mort, semble-t-il, d'un cancer de l'estomac.

Mère morte le 12 avril 1894 d'un cancer localisé vraisemblablement au pancréas et dont elle a souffert pendant 18 mois.

Pendant la maladie de sa mère, Mlle B... s'est surmenée, veillant la malade, ne dormant pas, ne sortant pas, mangeant à peine.

Le 28 avril 1894, quinze jours après la mort de sa mère, Mlle B... me fait appeler pour un zona typique des 3^e, 4^e et 5^e paires intercostales du côté gauche. L'éruption a été précédée pendant deux ou trois jours de légères douleurs intercostales, si bien que je diagnostique un zona simple consécutif à une névralgie intercostale a frigore. Mlle B... me dit en effet qu'elle a pris froid et qu'elle tousse un peu. Je l'ausculte et je ne trouve aucun râle.

Traitement anodin ; disparition des accidents en quelques jours ; mais les douleurs intercostales n'en persistent

pas moins pendant six semaines. L'état général est satisfaisant.

Le 21 octobre 1894, six mois par conséquent après cette atteinte de zona, Mlle B... vient me prier de l'ausculter. Elle tousse depuis environ deux mois, et bien que ne se sentant pas malade on la tourmente dans son entourage au sujet de cette toux, elle me demande de l'examiner. Grande est donc ma surprise de trouver sous la clavicule droite un foyer de râles fins accompagnés d'une respiration soufflante et d'une zone de matité. Le diagnostic n'est pas douteux ; il s'agit d'un début de tuberculose pulmonaire. Mlle B... n'accuse aucun malaise ; elle ne crache pas ; elle n'a pas maigri ; l'appétit est conservé ; les nuits sont bonnes. On ne trouve pour affirmer la maladie que les signes physiques dont je viens de parler.

Nous décidons immédiatement le départ de Mlle B... pour le midi et nous la mettons en traitement.

J'ai occasion de l'ausculter au mois de janvier 1896 et je ne constate aucun changement dans l'état local du poumon droit. Je ne trouve aucun signe de tuberculose à la partie postérieure de ce poumon non plus qu'au poumon gauche.

Au mois de juin 1896, je revois Mlle B... dont l'état général est excellent. Elle pèse 55 kilos alors qu'elle n'avait jamais dépassé 53 kilos. L'état local s'est véritablement amélioré : les râles sont bien moins nombreux. Le souffle a à peu près disparu. Mlle B... ne tousse plus. Le poumon gauche est toujours indemne. Mlle B... continue son traitement.

C'est en constatant cette tuberculose que me revint à l'esprit le travail de M. Lemonnier, et c'est

depuis cette époque que j'ausculte avec le plus grand soin les malades qui viennent me consulter pour un zona.

Observation 8

Due à l'obligeance de notre ami le Dr Houdart. — Inédite).

Jean-Marie C..., âgé de 45 ans, gardien de batterie de marine à Brest, vint me consulter dans le courant du mois de juillet 1893 pour un zona intercostal gauche portant sur trois dernières paires, zona qui guérit en une douzaine de jours.

Environ trois mois après, le même malade me faisait appeler pour une pleurésie du même côté. Il guérit de sa pleurésie et je ne trouvai à ce moment-là aucun signe physique de tuberculose. Mais peu de temps après, il me fit appeler de nouveau pour une hémoptysie, et je constatais des signes de tuberculose aux deux sommets, tuberculose à forme éréthique et sanglante qui l'enleva vers le mois d'octobre 1894.

Le malade était largement intoxiqué par l'alcool. Il avait perdu un frère, mort de méningite en bas âge.

Observation 9

(Due à l'obligeance de notre ami le D^r Houdart. — Inédite.)

Y. G..., 38 ans, ouvrier de l'arsenal à Brest, ne présentant pas d'antécédents héréditaires, ni personnels de tuberculose. Eut un zona intercostal droit portant sur les 5^e, 6^e et 7^e paires, en septembre 1893, zona qui guérit en quelques jours, mais laissa des névralgies persistantes. Au mois de mars de l'année suivante, je le revis pour une pleurésie droite, qui fut suivie immédiatement d'induration du sommet droit, et en trois mois, il mourait de sa tuberculose, après avoir présenté une fièvre hectique rebelle et des hémoptysies abondantes.

Observation 10

(Recueillie à la consultation de M. le D^r Paul Raymond à l'Hôtel-Dieu, avec le concours de M. Poujade, externe du service. — Personnelle)

M. P..., âgée de 46 ans, ménagère. ne présente rien de particulier, tant dans ses antécédents héréditaires que personnels.

Le 30 janvier 1896, elle vient à la consultation de l'Hô-

tel-Dieu, où l'on fit les constatations suivantes que nous a communiquées M. Poujade.

La malade présentait un zona des 5^e, 6^e, 7^e et 8^e nerfs intercostaux droits, s'accompagnant de douleurs névralgiques intenses, qui l'avaient poussée à venir consulter. Son affection datait de huit jours. Les vésicules étaient larges et très nombreuses ; la plupart contenaient un liquide séreux blanchâtre. En certains points, elles étaient confluentes, notamment en avant et sur les côtés. Quelques-unes, les plus rapprochées du sternum, étaient sphacélées et il s'en écoulait une légère quantité de liquide séro-purulent. Elle se plaignait également d'insomnie et de douleurs dans les membres.

A l'auscultation, on trouve au sommet droit et en arrière du retentissement de la voix, et de la toux et une diminution de la sonorité à la percussion. En avant, on entend à la fin de l'inspiration, et par moment seulement, quelques bulles-craquements très légères, à peine perceptibles. La malade nous apprend également qu'elle maigrit depuis quelque temps, qu'elle a de la fièvre vespérale, des sueurs nocturnes, de l'inappétence. Elle a de plus une toux sèche datant du milieu de janvier.

Le 2 avril 1896, la malade revient pour ses névralgies qui persistent. L'état général est toujours le même : mais à l'auscultation, les craquements commencent à devenir évidents au sommet droit et en avant, et la percussion dénote de la submatité au même point.

Nous avons revu la malade le 15 décembre 1896. L'état général reste stationnaire ; mais les craquements s'entendent très nettement au sommet droit et en avant, et peuvent même être perçue, toujours à droite, en arrière, dans la

fosse sous-épineuse. Elle continue à tousser légèrement, mais ne crache pas. Nous devons ajouter qu'elle habite un logement suffisamment aéré, qu'elle fait uniquement son ménage, et se nourrit d'une façon confortable. Sa névralgie, bien que peu accusée, persiste néanmoins.

Observation 11

(Recueillie à la consultation de M. le Dr Paul Raymond à l'Hotel-Dieu avec le concours de M. Poujade, externe du service. — Personnelle)

A. C... 22 ans, coupeur.

A. H. — Père bien portant. Mère nerveuse. A perdu une sœur à la suite de convulsions.

A. P. — A eu une fracture de la clavicule droite dans sa première enfance, la rougeole à 12 ans. Il est d'un tempérament très nerveux et d'un aspect peu viril. Il a des cheveux roux à reflet vénitien, des yeux bleus, une peau blanche et fine. Il est presque imberbe.

Le 26 octobre 1896, il se présente à la consultation porteur d'une éruption de zona siégeant sur les 9^e, 10^e, 11^e et 12^e nerfs intercostaux droits. Les vésicules sont peu nombreuses en arrière. Elles sont entourées d'une auréole rosée. Des espaces de peau saine assez considérables les séparent. En avant et sur les cotés elles sont plus rapprochées. Certaines d'entre elles sont fusionnées et simulent assez bien une phlyctène d'un diamètre égal à une pièce de 0 fr. 50,

remplie d'un liquide à transparence douteuse. L'éruption s'arrête à trois travers de doigt de la ligne médiane. Le malade déclare souffrir de cette région depuis cinq ou six jours. Il est sans énergie, présente quelques troubles gastriques, a eu quelques frissons et des douleurs dans les membres. Il nous raconte que hier seulement il s'est aperçu qu'il lui avait « *poussé* » quelques boutons. Frappé ce matin par les progrès de l'éruption, il est venu nous consulter.

Quoique l'état général du sujet soit bon, on recherche chez lui les signes de bacillose et on trouve :

à la *Percussion* : Diminution de la sonorité au sommet gauche et en arrière ;

à la *Auscultation* : Respiration humée et saccadée. Expiration prolongée et soufflante au même endroit.

On lui donne le traitement approprié, et au bout de quelques jours son éruption a disparu et les douleurs sont insignifiantes.

Le 20 Décembre 1896, nous examinons de nouveau l'état de ses poumons et nous constatons :

à la *Percussion* : Submatité légère dans la fosse sus-épineuse gauche ;

à la *Palpation* : Vibrations thoraciques exagérées ;

à la *Auscultation* : Respiration rude et soufflante. Expiration prolongée et nous percevons très nettement en le faisant tousser des craquements dans la même région.

L'absence de crachats ne nous permet pas de faire l'examen bactériologique.

Observation 12

(Recueillié à la consultation de M. le Dr Paul Raymond à
l'Hôtel-Dieu. Personnelle)

M^{me} P...; 44 ans, concierge, 38; Boulevard Sébastopol.

Ant. Héréditaires. — Mère morte à 71 ans probablement d'hémorrhagie cérébrale. — Père mort à 63 ans d'un cancer.

Ant. Personnels. — A eu trois enfants. Tous sont bien portants ; le mari également. Elle prétend avoir eu à 39 ans une congestion pulmonaire qui l'obligea à garder le lit pendant quelques jours. Elle s'enrhume facilement, et présente un ganglion sous-maxillaire engorgé depuis cinq ou six ans. Ce ganglion situé du côté droit augmente et diminue alternativement de volume. La malade est très nerveuse ; elle rit ou pleure sans motif et se met en colère facilement.

Elle est venue le 4 janvier 1897 à la consultation, se plaignant de douleurs et d'une éruption siégeant sur les trois derniers nerfs intercostaux gauches. Elle raconte qu'elle a été prise subitement le 28 décembre 1896 de douleurs accompagnées de frissons, de fièvre, d'insomnie et d'inappétence. Elle constatait le surlendemain l'existence de quelques vésicules. Le nombre et l'étendue de ces vésicules ayant augmenté, elle vint nous demander de la soulager. Nous constatâmes alors l'existence d'un zona ; les vésicules blanchâtres et entourées d'une auréole rouge sont disséminées le long des trois derniers nerfs intercostaux et sont presque confluentes au niveau de l'angle postérieur des côtes. Au

niveau de l'aisselle gauche nous trouvons quelques ganglions douloureux et roulant sous le doigt.

Ce zona appelle notre attention sur l'état de la poitrine, bien que la malade ne s'en plaigne en aucune façon. Nous apprenons en l'interrogeant qu'elle a une petite toux sèche depuis quelque temps, qu'elle a parfois quelques sueurs pendant la nuit localisées surtout à la poitrine. Nous l'auscultons et nous constatons au sommet droit et en arrière l'existence d'une respiration rude, saccadée avec expiration légèrement prolongée. Le 8 janvier son zona a presque disparu, les ganglions de l'aisselle également. Les douleurs seules persistent.

Le 31 janvier son zona est complètement guéri ; la névralgie tend à disparaître sous l'influence d'un badigeonnage fait avec chloral, camphre et menthol en parties égales. L'état de la poitrine a empiré sans que l'état général soit sensiblement mauvais. La toux et les sueurs persistent et l'auscultation révèle l'existence de râles sous-crépita¹nts fins au sommet droit en avant et surtout en arrière dans la fosse sus-épineuse. On entend également au sommet gauche et en arrière, mais par moments seulement, quelques craquements extrêmement fins.

La malade ne crachant pas, il nous a été impossible de faire l'examen bactériologique.

Observation 13

Due à l'obligeance de M. le Dr E. Salvy de Fontanges (Cantal)
Inédite.

M. X..., 18 ans.

A. H. — Père mort à 55 ans d'hémorrhagie cérébrale.

Mère bien portante. Un frère et une sœur morts de tuberculose pulmonaire. Deux sœurs bien portantes.

A. P. — Très nerveux. Il a eu en janvier 1894 un zona intercostal droit, portant sur les 6^e et 7^e paires, et qui s'accompagna de légers frissons. L'état général était bon ; néanmoins il présentait à l'auscultation au sommet droit et en arrière une légère diminution du murmure vésiculaire. Il guérit en quinze jours de son zona qui ne laissa pas de névralgie. Six mois après, en juillet 1894, il eut une hémoptysie assez abondante, mais ne cessa pas de travailler. Mais quinze jours après, on constatait à l'auscultation des signes d'induration au sommet droit, surtout en arrière, où l'on trouvait de la matité et des craquements ; en avant, on entendait une respiration soufflante et quelques légers craquements. Peu de phénomènes généraux, si ce n'est une fièvre légère. Pendant un an la maladie suivit une marche progressive, mais très lente. Enfin il mourait en juillet 1895 présentant des symptômes aigus : hémoptysies, fièvre hectique et dénutrition rapide.

Observation 14

Due à l'obligeance de M. E. Salvy de Fontanges (Cantal).

Inédite.

M^{lle} X..., 16 ans.

A. H. — Néant.

A. P. — A eu la scarlatine à 14 ans.

Elle eut en septembre 1894 un zona portant sur les 4^e,

5^e et 6^e nerfs intercostaux gauches, zona qui s'accompagna de quelques phénomènes fébriles avec frissons et céphalée. Guérison en quinze jours. L'état général n'était pas très bon. Elle était légèrement anémique, avait peu d'appétit, était réglée depuis un an, mais irrégulièrement. On n'entendait rien à l'auscultation.

Au commencement de décembre, elle me demanda de nouveau de l'ausculter car elle toussait légèrement ; l'examen des poumons fut encore négatif.

Je la revis en juillet 1896, elle présentait alors des signes d'induration très nets au sommet gauche.

En somme, tuberculose indéniable, mais à marche très lente.

Observation 15

Récueillie à la consultation de M. le Docteur Paul Raymond à l'Hôtel-Dieu. (Personnelle)

P. B..., marchande de poissons, 16 ans.

A. H. — Son père était alcoolique au moment de sa naissance. Sa mère est bien portante et ne signale pas d'antécédents tuberculeux chez ses ancêtres. Cependant elle a perdu huit frères ou sœurs dont un du carreau et quatre de la poitrine.

A. P. — Née avant terme (7 mois). Malgré ses 16 ans elle n'est pas réglée. Mince, petite, chétive paraît avoir à peine 12 ans.

Elle se présente le 3 février 1896 à la consultation pour un zona des 2^e et 3^e paires intercostales qui a apparu il y a 4 jours. Deux ou trois jours avant elle avait eu des névralgies peu intenses. Elle présente des phénomènes généraux assez nets, tels que : insomnie, inappétence, ganglions axillaires, douleurs dans les membres.

Nous l'auscultons comme nous le faisons toujours pour les gens atteints de zona et nous trouvons aux deux sommets une respiration rude et soufflante. La malade a parfois une toux sèche et quinteuse.

Reflexions. — Bien que cette observation ne rentre pas absolument dans notre cadre, elle s'en rapproche tellement et nous paraît être un type si net de la façon dont se présente le zona à la période prodromique de la tuberculose, que nous croyons devoir la citer. En disant qu'elle ne rentre pas dans notre cadre, nous voulons dire que n'ayant pas la confirmation de la tuberculose de la malade qui en fait le sujet, nous ne pouvons nous en servir comme d'un argument venant à l'appui de notre thèse. Mais nous prétendons que ce symptôme, que nous considérons comme un des meilleurs petits signes de la période prégranulomateuse, uni aux autres symptômes relevés chez cette malade nous permet de faire le diagnostic de phymatose en voie d'évoluer. Persuadé de sa valeur nous avons dit à la malade de revenir si elle toussait davantage et nous sommes convaincus que nous la reverrons. Il est possible que nous nous trompions, mais peut-être aussi aurons-nous raison et dans ce cas, nous pourrions la voir au début de cette redoutable affection et la mettre par conséquent dans les conditions les plus favorables

de guérison. Notre zona ne nous permettrait-il que dans un très petit nombre de cas d'arriver à un pareil résultat, ce serait déjà largement suffisant pour lui donner droit de cité parmi les petits signes précurseurs de la tuberculose.



CONCLUSIONS

I. — Le zona peut être dans certains cas un symptôme prémonitoire de tuberculose. Il évolue chez des sujets en apparence sains, mais en puissance de l'infection bacillaire qui éclatera après un temps plus ou moins long.

II. — Il l'est au même titre que les signes prégranuliques signalés par les auteurs classiques tels que le myœdème, la dyspepsie, l'albuminurie, etc., ou à une période plus avancée, les sueurs nocturnes, la fièvre vespérale, la diminution de l'élasticité et la respiration prolongée, etc. Aux petits signes du brightisme nous opposons les petits signes de la tuberculose et le zona nous paraît être un des plus importants.

III. — La symptomatologie n'emprunte rien de particulier à la tuberculose.

IV. — Il semble dû à une infection du système nerveux, moelle, ganglions rachidiens ou nerfs par les toxines du bacille de Koch.

V. — Cette infection paraît évoluer de préférence sur un terrain névropathique ou neuro-arthritique.

VI. — Lorsqu'on se trouve en présence d'un sujet atteint de zona, il ne faut pas le considérer comme atteint d'une dermatose sans importance. On doit examiner l'état de ses poumons et réserver le pronostic s'il a des antécédents de tuberculose ou quelques-uns des petits signes prégranuliques.

On conçoit quelle peut être l'utilité d'un pareil symptôme, si, dans certains cas, il nous permet de dépister une tuberculose que rien ne faisait soupçonner et par suite de la traiter avec des chances bien plus grandes de succès.

Vu :

Le Président de la Thèse,

DIEULAFOY.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.



BIBLIOGRAPHIE

Adenot. — Annales de dermatologie, 1891.

Altemaire. — Contribution à l'étude des troubles périphériques de sensibilité survenant dans le cours de la tuberculose chronique. Thèse de Paris, 1879.

D^r Antonio Espina y Capo. — Diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. Paris, 1888.

Arnaud. — (Marseille Médical), 1893.

Barthelemy. — Annales de dermatologie, 1892, Arch. Gen. de Méd. 1890.

Barié. — Zona perinéogénital chez les tuberculeux (Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux, séance du 13 mai 1887).

Bouchut. — Du zona et de l'herpès produits par la névrite, In Gazette des Hôpitaux, 1873, p. 11.

Brissaud. — Progrès Médical, 7 octobre 1895.

Chandelux. — Observations pour servir à l'histoire des lésions nerveuses dans le zona. In Archives de Physiologie, 1874, p. 674.

Charcot et Bouchard. — Traité de Médecine, 1892. Tome II, Art. Zona.

Claisse. — Pathogénie des purpuras infectieux. Bulletin Médical du 9 septembre 1896.

Comby. — Le zona chez les enfants. Revue mensuelle des maladies de l'enfance, 1889, page 487.

Darrier. — Médecine Moderne, 12 novembre 1896.

Dongradi. — Topographie du zona. Thèse de Paris, Juillet 1896.

Dreyfous. — France Médicale, 7 janvier 1889.

Dubler. — Ueber Neuritis bei Herpes zoster, In Arch. für Anat. path. 1881, p. 391.

Eusenlohr. — In Centralblatt für Nervenheilkunde, 1879, n° 5.

Fabre (de Commentry). — Annales Médicales de Liège. 1881, page 357.

Guéneau de Mussy. — Cliniques médicales, 1887. Tome I, page 434.

Hallopau. — Semaine médicale, 19 août 1896.

Hutchinson. — British medical Review, 1868.

Joffroy. — In Arch. Physiologie, 1879.

Landouzy. — Fièvre zoster et Exanthème zostériforme. In Sem. médicale du 20 septembre 1883.

Lauson Tail. — Dublin Journal of med. science, 1871.

Leloir. — Gazette des hôpitaux, 13 mai 1890.

Lemonnier (de Flers). — Quelques cas de zona suivis de tuberculose. — Bulletin de la Société Française de dermatologie et de syphiligraphie, Séance du 8 mai, 1890, p. 135.

Leroux. — Thèse de Paris, 1888.

Lesser. — Beitrage zur Lehre von Herpes zoster, in Arch. für path. Anat. 1881.

Letulle. — France Médicale, 1889, p. 85. — Archives de physiologie, 1892.

Leudet. — Le zona et les troubles périphériques dans la tuberculose. *Gaz. hebdomadaire*, 1878, N° 39, p. 617.

Lomier. — Thèse de Paris, 1879.

R. Lucas. — *Annales de dermatologie*, 1890.

Marfan. — Troubles et lésions gastriques dans la phthisie pulmonaire. *Union médicale*, 1887.

Mougeot. — Thèse de Paris, 1867. — Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs à des affections des nerfs.

Nys. — Du zona sur la membrane de Descemet chez les tuberculeux, in *Gaz. des hôpitaux*, 19 juillet 1887.

Perroud. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1876. — De quelques phénomènes nerveux survenant dans le cours de la phthisie pulmonaire, in *Lyon Médical*, 1872.

Pitres et Vaillard. — In. *Revue de Médecine*, 1886.

Potain. — *Médecine moderne*, 15 septembre 1894.

— *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1879.

Raymond. — Des différentes formes de leptomyélites tuberculeuses. — *Revue de Médecine*, mars 1886.

Rendu. — Zona et Tuberculose. *Presse Médicale*, 23 décembre 1893.

Ronzier-Joly (Léon). — Thèse de Montpellier, 1894-95, N° 34.

Strumppel. — *Arch. für Psych. und Nervenkrankheiten*, B. D. XIV, 1883.

Van Heusinger. — *Société médicale de Marbourg*, 8 août 1877.

Von Boeresprung. — *Beiträge zur Kenntniss des Zosters*.

In Annales des Charité. Krank, 1863, t. XI, pag. 21 et 100.

Sticker et Fredericq. — France Médicale, 1889, p. 62.

Wagner. — Archives der Heilkunde, 1870.

Waslinde. — Annales de dermat. 1893.

